

2. В родах риск внутриутробного инфицирования плода создают гипертермия у роженицы, проявление острой и обострения хронической экстрагенитальной инфекции, амниохорионит.

3. У новорожденных с клиническими проявлениями инфекции в раннем неонатальном периоде отмечается наиболее высокая степень риска реализации внутриутробной инфекции.

Литература:

1. Косенкова, Е.Г. Инфекции специфичные для перинатального периода (внутриутробные инфекции): распространенность, этиопатогенез и диагностика / Е.Г. Косенкова, И.М. Лысенко, Л.Н. Журавлева // Охрана материнства и детства. – 2011. – № 2. – С. 18–25.

2. Перинатальные инфекции : учеб.-метод. пособие / А.К. Ткаченко [и др.]. – Минск, 2016. – 110 с.

УДК 616.511-002.192-058.86-053.6(476.5)

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВИТЕБСКОМ РЕГИОНЕ

Мацук О.Н., Асирян Е.Г., Матющенко О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Впервые описал узловатую эритему (УЭ) английский дерматолог R. Willan в 1798 г. Он же обратил внимание на более частое развитие данной патологии у женщин. Узловатая эритема может развиваться в любом возрасте, но наибольшая заболеваемость наблюдается среди молодых лиц, что, по мнению некоторых авторов, является следствием более частой встречаемости саркоидоза в этой популяции. Установлено наличие связи заболевания в большинстве случаев с перенесенной острой вирусной и бактериальной инфекциями, в меньшей степени с туберкулезной инфекцией [1,2,3]. По данным эпидемиологических исследований, частота УЭ в различных регионах мира широко варьирует и зависит от распространенности того или иного заболевания, являющегося этиологическим фактором УЭ в данной конкретной местности. Большинство случаев УЭ регистрируется в первой половине года, что, вероятно, связано с большей частотой А–стрептококковой инфекции в это время [3,4]. Частота идиопатической УЭ варьирует от 5 до 45%. В большинстве случаев УЭ рассматривается, как неспецифический иммуновоспалительный синдром, который может быть вызван широким кругом этиологических факторов[5]. Обнаружена высокая встречаемость УЭ у женщин, имеющих HLA B8 антиген, что может указывать на наличие наследственной предрасположенности к данному заболеванию. Эпидемиологические показатели заболеваемости УЭ среди детского населения точно не известны, поэтому работы посвященные изучению узловатой эритемы у детей являются актуальными.

Цель. Изучить эпидемиологию узловатой эритемы, этиологию, клинические проявления, особенности лабораторной диагностики и эффективность антибактериальной терапии у детей и подростков Витебского региона.

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты обследования и лечения пациентов, которые поступили на обследование и лечение в ВОДКЦ с диагнозом узловатая эритема за период 2014-2017 год. В группу исследования входили 18 пациентов в возрасте от 2 до 17 лет. Средний возраст составил 7.4 ± 1.4 (девочек – 40%, а мальчиков – 60%). В городе проживают 80%, в сельской местности – 20%. При исследовании учитывались жалобы, данные анамнеза, объективного исследования, результаты лабораторных и инструментальных данных, проводился анализ эффективности

антибактериальной терапии. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы «Excel». Данные представлены в виде среднего значения и его стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования. По данным анамнеза, в группе исследования в 20% случаев дети родились при помощи операции кесарево сечение. В 80% случаев анамнез беременности и родов без особенностей. По данным нашей выборки 50% детей вскарммливались грудным молоком, 50% – смешанное или искусственное вскармливание. Основные жалобы, которые предъявляли пациенты при поступлении это ярко-красные болезненные сливного характера узлы в области голени, бедер и ягодиц, ухудшение общего самочувствия, повышение температуры тела до 38 градусов и артралгии.

В группе исследуемых детей из перенесенных и сопутствующих заболеваний можно выделить: ОРВИ, перенесенные в анамнезе и накануне заболевания у всех 100% пациентов; инфекции мочевыводящих путей – 20%; заболевания ЖКТ (дисбактериоз кишечника, эрозивный антральный гастрит) – 30%; заболевания дыхательной системы (острый бронхит, пневмония) – 20%; заболевания полости рта (стоматит) у 10%, сальмонеллез в анамнезе – 10 %. Также в анамнезе у 20% пациентов среди перенесенных вирусных инфекций была отмечена ветряная оспа.

По данным лабораторных анализов в общем анализе крови средний уровень лейкоцитов составил $11.5 \pm 3.5 \cdot 10^9/\text{л}$. Средний уровень гемоглобина у мальчиков составил 127.5 ± 4.8 г/л, у девочек 124 ± 6.9 г/л. Средний уровень СОЭ у мальчиков составил 14.8 ± 3.9 мм/час, у девочек 16.5 ± 6.04 мм/час. Средний уровень ЛДГ составил 519 ± 78.2 ед/л.

По данным ИФА в 15% случаев выявил повышение Ig M к энтеровирусу. Исследование крови на хеликобактер в 15% случаев выявили сильно положительный результат исследования на хеликобактер 1:20. Повышение циркулирующих иммунных комплексов в крови было выявлено у 30% пациентов.

В 60% случаев в мазке из зева был высеян β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА), который был чувствителен к амписульбину, амоксицилину, цефотаксиму. Это коррелировалось в 60% случаев с повышением в крови антистрептолизин – О. По данным нашего исследования в 70% случаев можно считать причиннозначимым возбудителем в этиологии узловой эритемы – БГСА. Эффективность от проводимой терапии «защищенными» аминопеницилинами и цефалоспорины 3 поколения была около 90%. Большое значение имело соблюдение постельного режима, т.к. у таких больных обычно резко выражен ортостатизм. Для уменьшения воспалительных и болевых явлений использовали нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, ибупрофен), сосудистые препараты (пентоксифиллин).

При высокой воспалительной активности и недостаточной эффективности вышеуказанного лечения (по данным нашего исследования в 10% случаев) было показано назначение преднизолона per os 30–40 мг в сутки в течение 8–10 дней с последующим постепенным медленным снижением дозы до полной отмены.

Рецидив узловой эритемы был выявлен в 10% случаев на фоне кишечных инфекций.

Заключение. Таким образом, УЭ представляет собой заболевание, которое нередко встречается в повседневной практике врачей педиатров. Широкий круг возможных этиологических факторов УЭ требует проведения тщательного опроса и всестороннего клинико–лабораторного и инструментального обследования пациента. В группе нашего исследования УЭ чаще болели мальчики – 60% и большинство детей проживали в городе – 80%. Накануне манифестации УЭ, все дети в 100% случаев перенесли острое респираторное заболевание. По данным нашего исследования в 70% случаев можно считать причиннозначимым возбудителем в этиологии узловой эритемы – БГСА.

Лечение УЭ направлено на ликвидацию основного заболевания и уменьшение длительности и выраженности локального воспалительного процесса. Антибактериальная терапия «защищенными» аминопенициллинами и цефалоспорины 3 поколения была эффективна в 90% случаев, по данным нашего исследования. Несмотря на возможность рецидивирования течение УЭ у детей и подростков Витебского региона, благоприятное.

Литература:

1. Романенко, И.М. Лечение кожных и венерических болезней : рук. для врачей / И.М. Романенко, В.В. Кулага, С.Л. Афонин. – М., 2015. – С. 56.
2. Вермель, А.Е. Узловатая эритема в клинике внутренних болезней / А.Е. Вермель // Клин. медицина. – 2004. – С. 44.
3. Белов, Б.С. Узловатая эритема: васкулит или панникулит? Современная ревматология / Б.С. Белов, О.Н. Егорова, С.Г. Раденска-Лоповок. – М., 2009. – С. 45–49.
4. Шмидт, Е.И. Узловатая эритема у больных саркоидозом / Е.И. Шмидт, В.Н. Адамович // Проблемы диагностики и лечения ревматических заболеваний : Респ. сб. науч. трудов. – М., 1998. – С. 5–79.
5. Erythema nodosum: an experience of 10 years / A. Mert [et al.] // Scand. J. Infect. Dis. – 2004. – Vol. 36, N 6-7. – P. 424–27.

УДК 616.248-058.86:[577.112.825:612.112.97]

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е И ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Минина Е.С., Новикова В.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Ведущее место среди аллергических заболеваний занимает бронхиальная астма (БА), которая является хроническим аллергическим заболеванием дыхательных путей [1]. Патогенез данной патологии связан с иммунологическими механизмами, включающими в себя как антителозависимые, так и клеточно-опосредованные реакции [2]. Эозинофилы в патогенезе БА играют сложную и многообразную роль, выступая в качестве эффекторных клеток при IgE-зависимом и не-IgE-зависимом воспалении дыхательных путей. Активированные эозинофилы оказывают провоспалительный и повреждающий эффект при продукции ими большого количества биологически активных веществ: цитокинов, хемокинов, липидных медиаторов, цитотоксических белков. Эозинофилы играют важную роль в повреждении и десквамации бронхиального эпителия [3].

Цель работы. Анализ показателей уровня общего IgE в сыворотке крови и эозинофилов в общем анализе крови у детей с атопической БА.

Материалы и методы. Исследование выполнялось на базе аллергологического отделения УЗ «Витебский областной детский клинический центр». Была сформирована группа из 31 ребенка в возрасте 6-15 лет (средний возраст – $10,77 \pm 2,69$ лет) больных персистирующей атопической БА легкой степени с установленной сенсibilизацией к бытовым и/или эпидермальным аллергенам: 25 мальчиков и 6 девочек. Дети с сопутствующими гельминтозами из исследования исключались.

В группе исследования проводился анализ амбулаторно-поликлинических карт развития ребенка с детальным разбором анамнеза заболевания, традиционного клинического обследования, включавшего ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, спирографию, клинические анализы крови, мочи, копрограмму и исследование кала на присутствие яиц гельминтов и цист лямблий, аллергологическое обследование с